

# BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitinguí, 80 — São Paulo, Brasil

---

VOL. XIX

MARÇO DE 1958

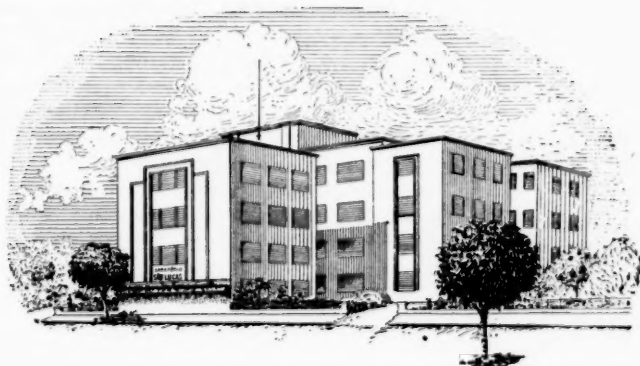
N.º 9

---

## Sumário:

	PÁG.
<i>Conduta na oclusão intestinal — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO .....</i>	131
<i>Considerações em torno de um diafragma va- ginal — Dr. MILTON PASCHOALINO.....</i>	138

---



# Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de "ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

*Editado sob a direção do*  
DR. ADHEMAR NOBRE

*pelo*  
**SANATÓRIO SÃO LUCAS**  
INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

*Diretor*  
DR. EURICO BRANCO RIBEIRO



Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas  
Rua Pirapitinguí, 80 — São Paulo, Brasil

---

## DIRETORIA 1958/1959



*Presidente*

DR. PAULO ROBERTO CARDOSO REBOCHO

*Vice-Presidente*

DR. ADHEMAR NOBRE

*Primeiro Secretário*

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

*Segundo Secretário*

DR. WALDEMAR MACHADO

*Primeiro Tesoureiro*

DR. NELSON CAMPANILE

*Segundo Tesoureiro*

DR. JOSÉ SALDANHA FARIA

*Bibliotecário*

DR. ROBERTO DELUCA

*Conselho consultivo:*

Drs. ENRICO RICO, LUÍS BRANCO RIBEIRO, MOACYR BOSCARDIN, FERDINANDO COSTA e JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER

# BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XIX

MARÇO DE 1958

N.º 9

## Conduta na oclusão intestinal (\*)

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

(Diretor do Sanatório São Lucas)

Todo cirurgião que trabalha em abdomen freqüentemente se encontra com casos de oclusão intestinal. E' esse, pois, um assunto que, em meios cirurgicos, merece ser repisado em tôdas as oportunidades que se apresentem.

A oclusão intestinal é a expressão genérica para os estados mór-bidos que resultam da parada do trânsito em um ponto do intestino por causas diversas. Ora, como bem diz essa definição, dá-se na oclu-são intestinal a parada do trânsito, e essa parada do trânsito pode ser produzida seja por obstrução, seja por estrangulação, seja pela asso-ciação desses dois mecanismos. As oclusões por obstrução podem ser intrínsecas como a invaginação, o câncer, a endometriose, os granu-lomas, etc. ou podem ser extrínsecas, sendo então endógenas — cálculos biliários, fecaloma — ou exógenas — corpos estranhos, medi-camentos, alimentos etc. Na oclusão por estrangulação temos as bridas, que podem ser congênicas ou adquiridas, as eventrações, as hérnias internas ou de parede, os acotovelamentos. Na associação de obstrução e estrangulação, podemos mostrar o exemplo do feca-loma provocando torção do intestino.

Vê-se, pois, que são variadas as causas e as formas da oclusão intestinal. Ao resolver um caso de oclusão intestinal temos assim que tomar em conta tôdas essas possibilidades.

Sem dúvida que a preocupação do médico que vai socorrer um doente com oclusão intestinal pode ser esquematizada em quatro itens, sendo o primeiro aliviar as dores do paciente, que são em geral produzidas pela distensão a montante da região ocluída, lançando mão, não só de sedativos e antiespasmódicos como principalmente da sondagem para a retirada de líquidos coletados acima desse nível. O

(\*) Trabalho apresentado ao Corpo Médico do Sanatório São Lucas em 3/10/57.

segundo item refere-se à correção do desequilíbrio humoral, administrando solutos salinos, aos quais pode acrescentar-se a novocaína para efeito sedativo, seja o álcool para aumentar as calorias do indivíduo, lançando mão ainda de sangue e oxigênio, quando necessário. O terceiro item refere-se ao importante combate à exaltação dos germes, à infecção; nesse intento, os antibióticos, o eletrargol, o soro anticoli-perfringens são medicamentos de que pode lançar mão o médico. Finalmente o quarto item, de todos, por assim dizer, o capital, consiste na remoção da causa da oclusão. Isso poderá ser feito, seja por meios incruentos, em alguns casos, como por exemplo, na hérnia encarcerada ou estrangulada, que pode ser reduzida; no fecaloma, que pode ser esvaziado por via natural; seja principalmente por meios cirúrgicos, resolvendo definitivamente a situação criada no paciente e que determinou a oclusão.

Diante desse esquema, o médico terá de escolher a sua atitude de acordo com os casos que lhe ocorrerem. Em casos agudos de indicação cirúrgica nem sempre há tempo para cuidados preoperatórios convenientes. Será aconselhável, enquanto se prepara o doente para a mesa operatória, usar a sonda de Miller Abbott ou a de Levin, o emprego de soro e sedativos. Isso em casos agudos. Mas há casos em que existe uma verdadeira subocclusão e então um preparo préoperatório mais demorado pode ser feito, procurando-se esvaziar o intestino, administrar antibióticos, hidratar o paciente, administrar-lhe vitaminas e cuidar convenientemente dos seus vários outros sistemas, como o sistema circulatório, o sistema respiratório, o urinário e o fígado, que são geralmente afetados nos indivíduos idosos e muitas vezes em decorrência do próprio estado de oclusão intestinal. No ato operatório, dada a gravidade da condição dum ocluído, muito frequentemente o médico precisa utilizar-se de transfusões de sangue e da administração de soro, e, conforme o que encontre dentro da cavidade abdominal, deverá recorrer a todos aqueles medicamentos que possam auxiliá-lo não só no combate a eventuais infecções como também na movimentação do intestino no período posoperatório e assim poderá utilizar-se do eletrargol na cavidade peritoneal, do soro anticoli-perfringens e de uma grande gama de antibióticos. Na parede usará a sulfamida em pó e, logo após terminar a sua intervenção, num ocluído é sempre aconselhável que faça uma dilatação manual do anus para facilitar a movimentação do intestino no período posoperatório. Nesse período deve insistir no uso de antibióticos, pelo menos por 3 dias; deve cuidar carinhosamente do restabelecimento do equilíbrio humoral administrando cloretos, glicose, bicarbonato e potássio; em caso em que não consiga uma mobilização pronta do intestino, poderá lançar mão do eletrargol, seja por clister, seja por via bucal. A administração oral de água citratada mais ou menos à vontade do doente é também elemento de utilidade no posoperatório como também em alguns casos o uso de laxativos suaves no terceiro ou quarto dia para facilitar o esvaziamento do conteúdo intestinal.

Parece-nos também de grande utilidade o levantar precoce, porque ele facilita a recomposição no estado geral do doente. A sonda gástrica de demora desde o ato cirúrgico em alguns casos é um impositivo de grande valia no posoperatório do doente.

Quanto à conduta cirúrgica em si, o cirurgião terá que se basear principalmente na natureza e localização da lesão que está produzindo a oclusão. Sua conduta será de acôrdo com o segmento do tubo digestivo que está afetado, seja o delgado, seja o segmento íleo-ceco-cólico, seja o intestino grosso. Talvez pareça estranho que coloquemos neste esquema um segmento intermediário que denominamos íleo-ceco-cólico, mas é que êsse segmento apresenta uma patologia de tal sorte independente que bem merece ser assim tratado e não só pela patologia em si, mas, também, pela conduta cirúrgica que as lesões aí assestadas impõem ao cirurgião. Assim, temos que considerar as lesões do delgado, as do segmento íleo-ceco-cólico e as do intestino grosso. No delgado, uma das ocorrências mais freqüentes é a hérnia e ela pode dar-se tanto num orifício da parede abdominal como comumente se observa nas hérnias estranguladas e nas eventrações posoperatórias, como também nas hérnias internas, seja em orifícios congenitamente existentes, seja em orifícios que se formam depois de intervenções cirúrgicas ou de processos patológicos peritoneais. A conduta mais simples e que geralmente é suficiente para a hérnia do delgado é a abertura do anel herniário e a libertação da alça que aí se acha. Se o doente foi atendido em hora conveniente, precocemente, esta simples conduta terá resolvido o caso clínico: basta que a alça seja libertada para que a circulação e o trânsito rapidamente se restabeleçam sem maiores conseqüências; se o encarceramento é muito demorado ou se apenas uma pequena calota do delgado ficou incluída no saco herniário, como é o caso da hérnia de Richet, a toxidade se apresenta muito precocemente, às vêzes ocorre a necrose da alça herniada e então o cirurgião terá que recorrer a uma ressecção do delgado, maior ou menor conforme a extensão do comprometimento. Na eventualidade de se estar no ponto limite, em que muitas vêzes o cirurgião fica sem saber se deve ou não deve ressecar uma alça comprometida, aí está a maior dificuldade em escolher a conduta a seguir, porque nem sempre é fácil avaliar-se a vitalidade de uma alça delgada encarcerada. O elemento que deve nos orientar com mais segurança é o do restabelecimento da circulação. Se libertamos uma alça completamente arroxeada e verificamos que em poucos minutos ela readquiriu a sua coloração mais viva, mais brilhante, podemos acreditar que essa alça tenha vitalidade e possa ser conservada. Outras vêzes tal é o espasmo arterial que acompanha a hérnia estrangulada que só mesmo lançando mão de certos medicamentos, como a prostigmine, é que podemos restabelecer a circulação da alça e então verificar que ela é realmente uma alça que pode ser conservada. Mas há casos em que a dúvida persiste,

apesar de todos os recursos de que lança mão o médico, e então aí é que devemos seguir aquêle conselho de que na dúvida é preferível fazer a ressecção do que deixar dentro do abdomen uma alça que possivelmente irá necrosar. Por aí se vê como é delicada e de grande responsabilidade a atuação do cirurgião em tais casos.

Nas eventuações posoperatórias, o problema é mais ou menos o mesmo, porquanto muitas vêzes numa pequena bolsa de eventração se encontra uma alça necrosada e outras vêzes basta a simples abertura do anel de contração para que tudo volte à normalidade, cessem todos os sintomas que estão molestando o enfermo. No estrangulamento por brida na grande maioria dos casos, se a intervenção é precoce, basta a secção da brida.

Outra eventualidade da oclusão do delgado é a do íleo biliar, que, como se sabe, é produzido pelo encarceramento de um cálculo mais ou menos volumoso que está migrando da árvore biliar para o intestino. Esses casos em geral são graves. Trata-se de enfermos hepáticos, muitas vêzes com comprometimento grande da sua viscerajecoral, enfermos que sofreram geralmente em tempo muito recente uma perfuração da vesícula no duodeno ou mesmo no intestino grosso, dando assim passagem a um volumoso cálculo. Se esse cálculo passou para o duodeno é muito mais freqüente que se dê a obstrução ao nível do delgado, e então nós vamos encontrar um doente bastante intoxicado, com mau estado geral e com uma oclusão completa do delgado. Nos casos de atendimento precoce, basta a incisão ao nível do cálculo e sua retirada. A incisão deve ser feita na face dorsal do delgado. Em alguns casos, quando o cálculo se acha no íleo terminal, é possível, dizem certos autores, que se possa promover a expulsão desse cálculo por vias naturais, fazendo com que ele chegue até ao intestino grosso, porquanto com a anestesia cede o espasmo que está evitando o seu progresso dentro do tubo digestivo e o cálculo pode perfeitamente migrar para o intestino grosso e ser expulso pelas vias naturais. Mas geralmente isso não acontece, o espasmo trás conseqüências graves para a circulação da alça comprometida e para o intestino a montante e casos há em que o cirurgião tem que fazer ressecções mais ou menos extensas em conseqüência de um íleo biliar.

Outra eventualidade é a oclusão por áscaris, bastante freqüente em nosso meio. Em certos casos, como já tivemos ocasião de pessoalmente verificar, é possível fazer-se o desemaranhamento das áscaris que estão enoveladas compelindo-as a progredir para o intestino grosso a fim de serem expulsas por via natural. Mas em grande porcentagem dos casos, há necessidade de incisar o intestino delgado, retirar as áscaris e fazer sutura. É bem fácil compreender-se que em tais casos o cirurgião opera doentes mal preparados, porque não é possível preparar teoricamente bem um doente com oclusão aguda. Assim é que, em tais casos, a gravidade é bastante grande, correndo tais doentes o risco principalmente da peritonite e aí é que devemos

entrar com doses maciças de antibióticos para evitar as conseqüências de uma propagação de infecção na cavidade abdominal.

Outra eventualidade na oclusão do delgado é a presença de granuloma tuberculoso; isso antigamente não era muito raro; hoje porém, com os tratamentos específicos da tuberculose, já estão se tornando menos comuns. Essa oclusão tem um característico que não deve ser esquecido. Em geral ela ocorre no segmento terminal do intestino delgado: apresenta-se aí um granuloma que envolve toda a parede e que deve ser ressecado, cumprindo, então restabelecer-se o trânsito digestivo. A particularidade a que nos referimos é a de que esse granuloma nunca é único; temos pois a necessidade de examinar o delgado, principalmente na sua metade distal, para verificar se existem outros granulomas ameaçando novas eventualidades de oclusão intestinal. Em tais casos, a nossa ressecção tem que ser mais ou menos extensa, como já nos ocorreu em um caso, com evolução muito satisfatória, a cerca de 10 anos, estando a enferma curada da sua infecção tuberculosa.

Além dessas eventualidades nós temos ainda que encarar seja os tumores benignos, seja os tumores malignos. Esses produzem a oclusão, não pelo crescimento das paredes, pela sua evolução intrínseca, mas muitas vezes porque eles provocam invaginação intestinal, servindo de cabeça de invaginação de uma alça penetrando em outra. Os polipos, mesmo benignos, e certos tumores malignos podem conduzir à oclusão por invaginação e em outros casos, principalmente nos sarcomas, podemos encontrar uma oclusão pelo próprio crescimento do tumor numa alça intestinal e aí a conduta é a ressecção ampla do tumor e alças adjacentes. Não basta nos casos de invaginação que se desfça essa invaginação; geralmente nos primeiros momentos, nos casos precocemente atendidos, é possível desfazer-se a invaginação, mas não se pode deixar ao seu talante a alça que já invaginou uma vez, com a potencialidade que tem de nova invaginação; então deve ser ressecada, mesmo que se pense na possibilidade da existência de um tumor benigno. Mas essa possibilidade só é segura depois de um exame histológico e então a regra é fazer-se a ressecção de uma alça que produziu uma invaginação. Naturalmente que nesses casos não basta apenas a ressecção: teremos que recorrer a tratamentos associados, seja à quimioterapia ou à radioterapia no posoperatório mais ou menos imediato. Nós temos um caso muito bonito de obstrução do delgado por um tumor maligno que operamos em dezembro de 1946, caso esse que foi revisto o mês passado ainda em perfeitas condições de saúde. Assim, essa cirurgia não é uma simples cirurgia paliativa; pode ser, também, uma cirurgia curativa.

Passemos agora a encarar a eventualidade das lesões do segmento íleo-ceco-cólico. O que nos levou a identificar este segmento foi a ocorrência da torção denominada pelos autores de torção do ceco.

É uma ocorrência mais ou menos freqüente, porquanto em 12% dos casos o ceco tem um meso longo, é bastante móvel e pode torcer-



se; em outras eventualidades mais raras, há o mesentério comum, que dá uma ampla mobilidade do ceco, permitindo, com ainda mais facilidade, que se torça, porque sendo o ceco um recipiente muito alargado ele pode coletar alimentos que produzem um certo peso, e esse peso é um dos fatores essenciais para a torção desse segmento. Ora, nesse tipo de torção não é apenas o ceco que se torce: ele acarreta, na sua torção, 8 a 10 cm. do íleo terminal e quase todo o colo ascendente. Então temos que estabelecer de u'a maneira objetiva essa denominação de "segmento íleo-ceco-cólico". As torções se fazem sobre um eixo que passa quasi no ângulo hepático do colo; e isso é clássico e sabido. Temos que encarar o problema da torção sob vários aspectos, seja o da simples destorção nos casos em que esse segmento se acha com viabilidade e então é preciso fixá-lo, fazer com que desapareça essa mobilidade que permitiu o volvo, ou então, nos casos em que já há lesões necróticas, temos que fazer a ressecção e a conduta mais aconselhável, em tais casos, é a hemicolectomia direta. Ora a hemicolectomia direita é justamente a intervenção que se aconselha nas outras eventualidades patológicas desse segmento como sejam a invaginação do delgado no colo, acarretando necrose; a tuberculose do ceco e da última alça ileal; e o câncer do ceco ou do ascendente. Em todas essas eventualidades a operação aconselhável é a ressecção da metade do intestino grosso, a chamada hemicolectomia direita.

Quanto às oclusões do intestino grosso, elas geralmente são produzidas pelo câncer e tardiamente descobertas, porque, em se tratando de um órgão de luz muito mais ampla do que o delgado, a oclusão se produz muito tardia e lentamente, mas apesar de tudo muitas vezes o doente só é levado à presença do cirurgião numa crise aguda de oclusão. Aí, então, terá o cirurgião que encarar o problema e tomar sua decisão somente diante do que vê na cavidade abdominal depois da sua incisão laparotômica. Se a porção do intestino à montante da oclusão está muito dilatada, se há uma retenção grande de elementos fecais, ele deve cingir-se a uma derivação externa afim de preparar melhor o seu enfermo para um segundo ato operatório, curativo ou presumivelmente curativo. Isto quer dizer: em primeiro lugar deve salvar a vida do seu enfermo, procurando desintoxicá-lo. E nesse afan, a experiência vem mostrando que o mais eficiente é fazer a derivação o mais próximo possível do ponto ocluído. Utilizou-se em muitos casos a cecostomia, mesmo em tumores da sigmóide distantemente situados, e verificou-se que raramente essa cecostomia é eficiente: mais útil, mais eficiente é a transversostomia e ela pode ser feita tanto à direita como à esquerda, mas mesmo nos tumores da alça sigmóide ou mesmo nos tumores mais baixos, do reto, um anus ilíaco á maneira clássica, à custa da sigmóide ou do colo descendente, pode ser a conduta mais útil. Mas em muitos casos não vamos encontrar uma alça a montante muito dilatada e então podemos pensar na ressecção em um só tempo, realizando-a com todos



os cuidados da técnica moderna e empregando todos os recursos para combater a intoxicação e a infecção. Muitas vezes é necessário associar à ressecção a derivação externa. Isso nos casos em que não temos segurança do estado de nutrição de um indivíduo já bastante esgotado e ainda comprometido pela natureza do tumor. Se não podemos contar com a cicatrização boa, com um bom estado humoral, com uma proteinemia satisfatória, devemos recorrer a uma derivação associada e nesses casos é que a transversostomia provisória é de grande utilidade. No fim de 3 ou 4 meses fechamos a transversostomia e o nosso doente deve estar curado, se não sobrevierem metastases.

Além do câncer no intestino grosso, podemos encontrar lesões que simulam essa grave afecção, tais como os granulomas, seja por amebas, por micoses, por tuberculose, por endometrioma. Qualquer desses granulomas à vista do cirurgião pode simular o câncer; nem sempre é possível ou seguro o esclarecimento pela biópsia de congelação. O que o cirurgião deve fazer é ter uma conduta como se se tratasse de câncer: deve procurar fazer ressecção ampla e remover a cadeia ganglionar enfartada que acaso exista nos territórios do segmento atingido.

Em outros casos menos graves, como os das oclusões por medicamentos, por coprolitos, por fecalomas, a conduta cirúrgica será mais simples. Nos fecalomas muitas vezes se pode fazer o exvaziamento por via natural, pelo reto: outras vezes temos que fazer uma laparotomia e então mesmo sem abrir o intestino podemos fragmentar o fecaloma e promover a sua expulsão pelas vias naturais. Isso temos feito algumas vezes, deixando para um segundo tempo o tratamento do mega que geralmente acompanha o fecaloma. Nem sempre é aconselhável que se faça num só tempo a retirada do fecaloma e do mega que o condicionou, porquanto em geral se trata de doentes intoxicados, que merecem um período de recuperação antes de sofrer uma intervenção mais ampla, como é a da ressecção do intestino.

São estas, duma maneira esquemática, as condutas diferentes que o cirurgião deve ter diante da grave ocorrência da oclusão intestinal. Antes de terminar as nossas palavras queremos recordar um conselho de Wangenstein. Diz ele: "É menos perigoso abrir um abdomen com o intestino distendido e sem estrangulação do que retardar a intervenção, procurando primeiro descomprimir o intestino acima da estrangulação". Ora, Wangenstein, que divulgou amplamente a questão das vantagens da sondagem por via oral, dá-nos esse magnífico conselho, que devemos sempre recordar.

## Considerações em torno de um caso de diafragma vaginal (\*)

Dr. MILTON PASCHOALINO

(Interno do Sanatório São Lucas)

**Histórico.** — É uma anomalia vaginal já observada desde épocas mais remotas. Encontramos citações de Hipócrates em seu livro "De Morbis Mulierum" que diz respeito à esterilidade, devida à existência de estreitamento do conduto vaginal, por uma membrana que impeça a passagem dos espermatozoides embora permita a evacuação normal do sangue menstrual; e de outros como Aristóteles, Galeno, Astruc, médico de Luís XVI. Celso já preconizava o tratamento do diafragma vaginal, aconselhando a dupla incisão cruzada e desprendimento dos retalhos. A literatura médica viu-se enriquecida, no século XVIII, com os trabalhos de madame Lchapelle, de Lefourt em 1863, Lelanay em 1877; a tese de Magendi em 1894; Bernard em 1898, Mme. Cartaula em 1911, Brunet em 1930, Petskoff em 1936, Nestor e Bello 1944, além de numerosos outros autores contemporâneos.

**Frequência.** — É uma anomalia genital relativamente pouco freqüente. Encontramos a seguinte estatística, citada pelo Dr. Baldomero Val, docente livre de ginecologia na revista médico cirúrgica do hospital Rivadávia (1956). Na literatura médica estrangeira: 42 observações de Lodi em um total de 89 015 exames ginecológicos; Petskoff cita 15 observações, Oliva e Marra Lopes 2 casos; na literatura médica argentina encontramos Arrighi e Pena com 11 casos em 20 271 pacientes, Nolting e colaboradores com 9 casos em 63 000 enfermas; Rojas, Damianovich e Jorgens, Bermann, Vallejos e Bello, Garré e Garelik e Pinto com 1 caso cada um. Van Rostrom, segundo Lodi, dá uma freqüência de 0,942% em relação a outras malformações, e de 38,18% em relação às malformações ginecológicas.

A freqüência quanto à localização em relação à vagina, é segundo ainda Lodi de 47,71% para o terço superior, 40% para o terço médio e 12,29% para o terço inferior.

(\*) Trabalho apresentado à Sociedade Médica São Lucas em sessão realizada a 28/3/1937.

No Sanatório São Lucas encontramos 4 observações (1 em 1935, a 2.<sup>a</sup> em 1939, a 3.<sup>a</sup> em 1953 e a última em 1957, as quais comentaremos no final deste trabalho.

**Caracteres.** — O diafragma vaginal é um septo membranoso, constituído, quando pouco espesso, por 2 membranas acoladas uma à outra; quando muito espesso encontramos de permeio fibras conjuntivas e musculares, que se entrelaçam com as que constituem a a parte média da vagina. E' constituído por tecido vaginal normal e se continúa com a mucosa vaginal situada acima e abaixo do septo.

**Número.** — Geralmente único podendo-se porém encontrar vários diafragmas, como no caso citado por Bermann e Rojas.

**Aspecto.** — Pode ser completo ou imperfurado e incompleto ou perfurado. No primeiro caso o imperfurado impede toda comunicação entre as 2 porções vaginais, causando quando chega a puberdade, fenômenos de retenção; no segundo incompleto ou perfurado, que é a forma mais freqüente, na qual há um orifício que permite a comunicação mais ou menos ampla entre as duas porções vaginais. Constitui uma modalidade mais ou menos bem tolerada, passando muitas vezes despercebida pela sua portadora, sendo somente revelada por um exame ginecológico; a queixa é às vezes a dificuldade das relações sexuais. O tamanho do orifício pode ser o mais variado, algumas vezes grande, outras muito pequeno, chegando mesmo a ser difícil encontrá-lo, havendo necessidade de se esperar a saída do sangue menstrual para ser localizado, como em um caso citado por Baldonero Val. Podemos encontrar mais de um orifício e sua situação geralmente é central ou lateral.

**Localização.** — Pode estar situado no terço inferior, médio ou superior. Segundo Lodi temos a seguinte incidência: terço superior 47,71%, terço médio 40% e terço inferior 12,29%.

**Etiopatogenia.** — A vagina origina-se da união dos dois condutos de Muller em sua extremidade inferior; êsses condutos primitivamente são sólidos e com o evoluir vão se desintegrando para dar origem ao conduto vaginal. Assim o diafragma vaginal pode ser explicado por dois mecanismos. 1.<sup>o</sup>) Verifica-se em uma zona limitada uma interrupção dos fenômenos de desintegração dos condutos de Muller, persistindo em consequência a obstrução da luz vaginal na referida zona. 2.<sup>o</sup>) Uma vez reunidos os condutos e canalizados, uma pequena zona, por processo inflamatório ou por insuficiente energia de desenvolvimento, permanece estacionária, enquanto o restante da vagina continúa seu desenvolvimento normal.

**Sintomatologia.** — Os sintomas dependem de ser o diafragma perfurado ou imperfurado. 1) se é imperfurado a sintomatologia manifesta-se depois da puberdade por: a) falsa amenorréia (jovem

na qual embora desenvolvido o seu aparelho genital ainda não se verificou a menarca; b) dores no abdomen inferior nos períodos menstruais; c) tumor pelviano, devido às retenções mucosas. 2) Se o diafragma é perfurado os sintomas dependem do tamanho do orifício; se fôr um orifício mui pequeno, que dificulte a drenagem das secreções, verifica-se o mesmo quadro anterior com pequenas variantes, conforme a maior ou menor retenção ocasionada. 3) Se o diafragma não provoca retenções passa geralmente desapercibido pela sua portadora, só se manifestando então ao se iniciarem as relações sexuais, pois estas serão dificultosas principalmente se o septo ocupar o terço inferior ou médio da vagina. Alguns autores o consideram como causa de esterilidade. Na verdade, este fator mecânico torna mais difícil a passagem do espermatozoide, sendo entretanto relativamente freqüente falar-se em portadoras de diafragma que engravidam como no caso que apresentamos. Lodi em 42 observações, teve 3 enfermas grávidas, Nolting e colaboradores em 63 000 casos obstétricos cita 9 casos de gravidez, Arrighi e Pena em 11 casos citam 4 grávidas e numerosos são os casos na literatura médica. 4) Durante a gravidez não apresenta sintomas. 5) Durante o parto pode constituir distócia ou passar desapercibida por se dilatar suficientemente ou se romper sem maiores conseqüências.

**Diagnóstico.** — Contamos com os seguintes meios: 1 — Anamnese e exame genital; 2 — exame instrumental; 3 — toque retal; 4 — exame radiográfico; 5 — laparoscopia; 6 — laparotomia. Devemos entretanto notar que geralmente os 3 primeiros meios são bastantes para revelar-nos a referida anomalia.

*Anamnese e exame genital* : Os antecedentes da paciente são de importância como já referimos ao tratarmos da sintomatologia. *Exame instrumental*: Com o auxílio de espéculo vaginal verificamos a existência de uma membrana transversal que oclui a luz vaginal, impedindo a penetração do catéter; se puncionarmos verificamos que há retenção de secreções (no caso de ser imperfurado). Quando o diafragma é perfurado devemos cateterizar com o histerômetro podendo recolher dados sobre a porção da cavidade vaginal situada acima do septo, a altura da inserção do diafragma na vagina, suas dimensões, se existe ou não retenção de sua espessura, etc. Se o histerômetro choca-se no fundo com um tecido mais consistente poderemos suspeitar da existência do colo uterino; *Toque retal*: Deve ser praticado tendo-se previamente passado na uretra uma sonda que nos dará, ao toque, a sensação da existência ou não de vagina interposta entre a sonda vesical e o reto. *Exame radiográfico*: É de grande importância a colpohisterografia que consiste em uma injeção de substância opaca, geralmente o lipiodol a 20%, por meio da qual se comprova a integridade ou a presença das anomalias do tracto genital acima do septo. Obtém-se imagens as mais diversas com a colpohisterosalpingografia, o contraste, após ter chegado à parte

alta da vagina, penetra no colo, enche a cavidade uterina, e aumentando-se a pressão, chega às trompas, podendo-se em uma chapa feita mais tarde, notar a passagem do contraste ao peritônio, caso haja permeabilidade das trompas de Fallópio. Em outros casos verifica-se que, mesmo aumentando-se a pressão do contraste, este reflui pelo orifício do septo. Pela *laparoscopia* podemos verificar a integridade dos órgãos genitais internos. *Laparotomia*: Utilizada em casos não esclarecidos pelos processos anteriores ou em que haja necessidade de fazer celiotomia por mais outro motivo. Leceme a aconselha e a praticou nos casos de apendicite ou quando o diafragma está altamente situado, por ser então a melhor via para suturar a vagina. Devemos lembrar que estabelecer o diagnóstico de diafragma vaginal talvez não seja difícil; devemos também precisar o grau e a extensão de outras anomalias genitais na mesma enferma, que é comum estarem presentes.

**Diagnóstico diferencial.** — Consideremos as seguintes eventualidades: 1 — hímen imperfurado; 2 — aglutinação dos lábios vulvulares; 3 — atresia vaginal; 4 — agenesia da vagina e útero; 5 — agenesia do colo uterino.

1 — *Hímen imperfurado*: verifica-se na puberdade motivando dores hipogástricas e apresentando tumor abdômino pelviano. Fazemos o diagnóstico pela sua inserção ao nível do vestibulo, sua coloração roxo azulada e proeminência entre os lábios vulvulares. Pode acontecer que, ao lado de uma membrana perfurada, encontre-se mais além, um septo transversal, sendo provável que a primeira seja o hímen e a segunda o diafragma vaginal.

2 — *Aglutinação dos lábios vulvulares*: malformação que se encontra em meninas de pouca idade e que não apresenta sintomas especiais, salvo à micção em que a urina se desprende em vários sentidos; a tentativa de separação dos lábios vulvulares porá em evidência esta afeção.

3 — *Atresia parcial da vagina*: E' feita segundo Mangiagalli, citado por Lodi, pela espessura do septo, se fôr além de 2 a 3 cms tratar-se-ia de uma atresia parcial, aquém seria um diafragma vaginal.

4 — *Agenesia da vagina e do útero*: À inspeção pode deparar-se nos uma vulva normal e ao toque encontramos um septo que impede a progressão do dedo. Introduzindo-se uma sonda na bexiga e fazendo o toque retal, verificamos a falta de tecido interposto entre esses dois órgãos, devendo o exame ser completado com radiografia, neumoperitônio, laparoscopia, laparotomia, tendo em mente que ao lado da agenesia vaginal existe quase sempre a agenesia uterina.

5 — *Agenesia do colo uterino*: E' uma anomalia pouco freqüente que pode causar sintomas pela retenção das secreções menstruais levando-nos a diagnosticar um diafragma vaginal. Pelo toque não

se sente o colo uterino, verificando-se uma tumoração mediana no hipogástrio que corresponde ao útero aumentado de volume. Devemos completar o exame com a neumografia pelviana, a laparoscopia e laparotomia. Embora o diagnóstico do diafragma vaginal não seja difícil, poderá sê-lo, entretanto, estabelecer-se o grau e a extensão das outras anomalias na mesma enferma, recomenda-se se fôr necessário à laparotomia.

**Tratamento.** — O tratamento é eminentemente cirúrgico e consiste no seguinte: colocar a paciente em posição ginecológica, expõe-se o diafragma com valvas, com o histerômetro explora-se seu orifício recolhendo assim dados sobre o nível em que êle se implanta na vagina, sua espessura etc. Feita esta exploração amplia-se o orifício do septo, fazendo-se uma incisão lateral esquerda; explora-se com o dedo indicador esquerdo a porção situada atrás do diafragma. Faz-se então outra incisão lateral direita, ficando o diafragma dividido em dois semi-discos, um anterior e outro posterior. Resseca-se primeiramente o retalho posterior, tendo-se o cuidado de proteger o reto, da mesma forma procedendo-se com o hemi-diafragma anterior tendo-se cuidado, então, para não ferir a uretra e a bexiga. Suturam-se os bordos vaginais com catgut fino cromado, com pontos separados. Não sendo satisfatória a hemostasia far-se-á tamponamento. Há autores que fazem a dilatação do orifício com velas de Hegar, outros fazem apenas a incisão simples ou incisão em X. Existe entretanto circunstâncias especiais como:

- 1) O tratamento antes da menarca.
- 2) Durante a gravidez.
- 3) Durante o parto.
- 4) Nos casos de retenção aguda.

- 1) *Tratamento antes da menarca:* Se uma paciente ainda não está na idade da menarca e se diagnostica um diafragma vaginal, a oportunidade de tratamento é discutida, enquanto uns se inclinam para a operação, sem esperar, outros propõem que se faça a operação somente quando existirem sintomas. Nos casos em que se verifica compressão dos órgãos vizinhos devido à retenção da secreção muco serosa deve-se operar. Parece-nos que devemos esperar o desenvolvimento do aparelho genital, intervindo-se o mais próximo da menarca quer seja antes ou após a mesma.
- 2) *Durante a gravidez:* Deve-se lembrar que o diafragma vaginal pode ser causa de distocia, prevenindo a paciente da possível necessidade de uma intervenção ou então fazermos logo o debriamento do septo, como no nosso caso e inquéstão. Devemos deixar o septo para incisá-lo quando declarado o trabalho de parto a apresentação fizer pressão sobre êle? ou será melhor fazer a Cesárea assim que declarado o trabalho? O dr. Freitas Lins,

em trabalho publicado na 2.<sup>a</sup> reunião anual da Sociedade Médica de Pernambuco, descreve sua conduta: 1 — Fora das gestações, incisão ou excisão do diafragma seguida ou não de sutura por via vaginal. 2 — Na gestante: Espectação durante a gravidez. Se pouco espesso o septo aguardar de dilatação digital quando a apresentação fizer pressão sobre ele. Em caso de diafragma espesso, declarado o trabalho de parto, incisar o septo por via vaginal, apelando para a cesárea somente no caso da operação anterior não oferecer garantias e termina opinando: a cesárea é elegante, mas parece exagerada para o caso.

- 3) *Durante o parto:* O diafragma sofre as mesmas modificações dos tecidos vizinhos, permitindo sua distensão, podendo mesmo desgarrar-se durante o parto. Quando situado muito próximo ao colo, impede a dilatação do mesmo principalmente se ele for muito espesso; numerosos diafragmas constituem indicação para a cesárea; no momento do desgarramento do diafragma pode haver hemorragia grave ou ainda rutura da vagina, como em um caso observado por Nótting e colaboradores, em que a paciente veio a falecer. Este mesmo autor tem um caso em que ocorreu a rutura da fascia vesico-vaginal, ocasionando prolapso da bexiga e do útero. No caso de Haro Garcia, a paciente teve como réliquia uma fistula reto-vaginal. No caso de se fazer a cesárea terminado o parto, deve-se extirpar o diafragma cirurgicamente.
- 4) *Em caso de retenção aguda:* Nos casos em que houver retenção de secreções, que ocasionam um quadro doloroso agudo abdominal, devemos intervir, apenas incisando o septo, colocando um dreno prevenindo a infecção com sulfa e antibióticos, deixando-se o debridamento para mais tarde.

**Dados pessoais.** — Paciente brasileira, natural de São Paulo, com 26 anos, casada, branca, de profissão doméstica, que deu entrada neste hospital em 25-3-1957.

**História clínica.** — Menarca aos 14 anos. **História menstrual:** menalgia intensa, principalmente nos primeiros dias, obrigando-a a faltar ao serviço; fórmula menstrual  $\frac{30}{8}$ , início das relações sexuais aos 23 anos. Amenorréia de 3 meses (última regra mais ou menos em 10-12 de dezembro de 1956. Apresenta às vezes náuseas e vômitos, glândulas mamárias entumescidas e doloridas. Dor ao coito. Constipação habitual, só evacuando com laxantes; inapetência, poliúria e polaquiúria, **Exame ginecológico:** Pelo toque verifica-se a existência de uma membrana situada na parte anterior da vagina, apresentando um orifício central por onde sai secreção mucosa. Não se consegue tocar o colo uterino. Pela palpação bi-manual verifica-se que o útero está aumentado, de volume de acordo com o tempo



da amenorréia. Pressão máxima 90 mm de Hg. pressão mínima 60 mm de Hg. pulso 72 b. p. m.

EXAMES COMPLEMENTARES. — Exame de sangue: Tempo de coagulação 6'30", tempo de sangria 3', glóbulos brancos 5.000, glóbulos vermelhos 4.400.000, taxa de hemoglobina 89%, valor globular 0,9.—, RH+. Exame de urina: Reação ácida, com todos os outros elementos normais. Reação de Galli Mainini positiva. Operação a 26-3-57. Operador Dr. Eurico Branco Ribeiro, Assistentes Drs. Waldemar Machado e Milton Paschoalino. Anestesista Dr. John Kolb Filho. Anestesia — Geral — (surital + novocaína + flaxedil).

*Descrição da operação:* Exposição do diafragma por valvas. Dilatação com velas de Hegar do orifício do septo. Pinçamento das bordas do orifício, incisão longitudinal posterior, seguida de incisão longitudinal anterior menos profunda, dando ampla exposição da vagina. Verificou-se que o septo estava no terço anterior da vagina, podendo-se confundir com o hímen cujos restos só se percebiam nas proximidades da uretra. Foram ressecados fragmentos do anel. Não houve sangramento apreciável. Colocação de tamponamento vaginal com Amino-Cron.

*Exame anátomo patológico* — feito pelo Prof. Carmo Lordy com o seguinte resultado: Peça — Septo vaginal — Resultado: Septo conetivo revestido em ambas as faces por epitélio pavimentoso estratificado.

A paciente teve alta em 29/3/57.

*Post-operatório:* Examinada em 6/4/57, constatou-se pequena dificuldade ao se fazer o toque vaginal que foi vencida aumentando-se um pouco a pressão.

17/4/57. Observou-se um anel fibroso ao nível do antigo diafragma, permitindo facilmente o toque bi-digital, assim como a passagem do espéculo vaginal, notando-se perfeitamente o colo uterino.

6/5/57. Nada digno de nota. Gravidez evoluindo normalmente.